



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



Raquel Santos Sousa

**IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO
PARA CRIANÇAS PORTADORAS DE CARDIOPATIAS
CONGÊNITAS**

Uberlândia/MG

2017

Raquel Santos Sousa

IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO PARA CRIANÇAS PORTADORAS DE CARDIOPATIAS CONGÊNITAS

Trabalho de conclusão de curso
apresentado a Faculdade de
Odontologia da UFU, como requisito
parcial para obtenção do título de
Graduado em Odontologia

Orientador: Profa. Dra. Rosana Ono

UBERLÂNDIA

2017

AGRADECIMENTOS

Parece bobo agradecer nesse momento, visto que agradei incansavelmente todos os envolvidos na minha história ao longo desses cinco anos em que estive na faculdade.

Minha gratidão incondicional à Deus, que sempre foi força, refúgio e proteção, e que desde muito tempo atrás já havia sonhado esse momento para mim. Me formo em Odontologia em breve, mas apenas inicio uma caminhada de trabalho e dedicação por essa profissão que me escolheu, que me formou mulher e que me permitirá, para honra e glória do Senhor, cuidar com amor de cada paciente que for confiado a mim.

Agradeço com o coração transbordando de alegria e amor, minha família de sangue e aquela adquirida e conquistada pelo coração em Uberlândia, nas pessoas de Stephany Yasmine e Nilson Neto. Minha família sempre foi e sempre será o motivo pelo qual eu continuo tentando, mesmo quando tudo parece convergir para o fracasso. Vocês são, sem dúvida alguma, minha razão de viver e sentir, respirar e agir. Amo vocês incondicionalmente e quero agradecer por serem apoio e exemplo diário em minha vida. Essa etapa da vitória eu dedico a vocês.

Muito obrigada também a Câmara de Humanização do Hospital de Clínicas da UFU, na pessoa de Lêda Márcia Viana Santos Borges, que me acolheu durante minha graduação, me permitindo realizar todas as minhas atividades referentes ao projeto de extensão, emprestando amigavelmente seus pacientes da cardiologia pediátrica para a intervenção odontológica. Nesse lugar eu relembrei o sentido da caridade que me foi ensinado pelos meus pais.

E nesse momento, meu muito obrigada à minha professora orientadora, Dra. Rosana Ono, por todo o conhecimento e amizade dedicados ao longo desse curso, não só em relação ao trabalho de conclusão de curso, mas por todos os momentos em que se dispôs a ser ajuda e proteção. Com a senhora eu aprendi a bondade e a doação pela profissão. Obrigada por toda autonomia que confiou a mim durante o projeto de extensão, eu cresci e amadureci, e hoje esse aprendizado faz diferença em minha vida.

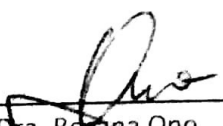


SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

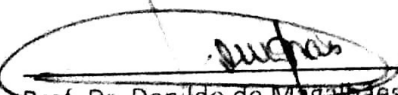
ATA DA COMISSÃO JULGADORA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DO (A) DISCENTE **Raquel Santos Sousa** DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.

No dia **08 de novembro de 2017**, reuniu-se a Comissão Julgadora aprovada pelo Colegiado de Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, para o julgamento do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelo (a) aluno (a) **Raquel Santos Sousa, COM O TÍTULO: - "IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO PARA CRIANÇAS PORTADORAS DE CARDIOPATIAS CONGÊNITAS"**. O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública compreendendo a exposição, seguida de arguição pelos examinadores. Encerrada a arguição, cada examinador, em sessão secreta, exarou o seu parecer. A Comissão Julgadora, após análise do Trabalho, verificou que o mesmo encontra-se em condições de ser incorporado ao banco de Trabalhos de Conclusão de Curso desta Faculdade. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas da Graduação, legislação e regulamentação da UFU. Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos e lavrada a presente ata, que após lida e achada conforme, foi assinada pela Banca Examinadora.

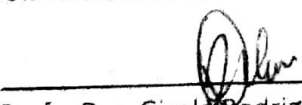
Uberlândia, 08 de novembro de 2017



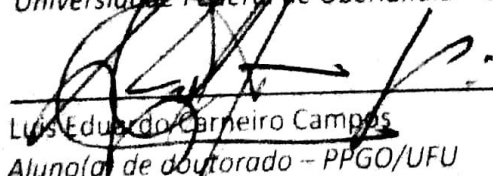
Prof. Dra. Rosana Ono
Universidade Federal de Uberlândia – UFU



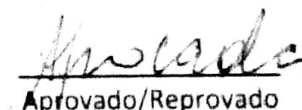
Prof. Dr. Denildo de Magalhães
Universidade Federal de Uberlândia – UFU



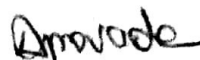
Prof. Dra. Gisele Rodrigues da Silva
Universidade Federal de Uberlândia – UFU



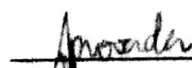
Luis Eduardo Carneiro Campos
Aluno(a) de doutorado – PPGO/UFU



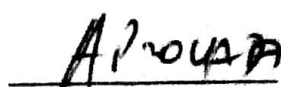
Aprovado/Reprovado



Aprovado/Reprovado



Aprovado/Reprovado



Aprovado/Reprovado

SUMÁRIO

RESUMO.....	5
ABSTRACT.....	5
INTRODUÇÃO.....	7
MATERIAL E MÉTODO.....	9
REVISÃO DE LITERATURA.....	10
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	16
CONCLUSÃO.....	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21
ANEXOS.....	23

IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO PARA CRIANÇAS PORTADORAS DE CARDIOPATIAS CONGÊNITAS

IMPORTANCE OF THE DENTISTRY FOLLOW-UP FOR CHILDREN WITH CONGENITAL HEART DISEASE

Resumo

O tratamento odontológico de pacientes com comprometimento cardiovascular é um assunto muito discutido na literatura, pois implica em algumas modificações afim de diminuir o risco de eventos cardíacos durante os procedimentos odontológicos, bem como a ocorrência de bacteremias transitórias, entretanto, é de extrema importância que um cuidado seja reservado para tais pacientes. Nesse sentido, o projeto de extensão realizado do ambulatório de pediatria do Hospital de Clínicas da UFU busca atender de maneira preventiva e interventiva os pacientes da cardiologia. O objetivo do projeto foi desenvolver atividades de prevenção e promoção em saúde bucal para pacientes, pais e acompanhantes. A metodologia utilizada para o projeto foi a realização de atividades educativas com as crianças, buscando pelo lúdico, ensinar sobre a importância de hábitos de higiene bucal. Foi realizada a classificação de risco de cárie e o atendimento odontológico das crianças com necessidades. Concluiu-se que o atendimento de pacientes cardiopatas é muito importante e necessita de um cuidado diferenciado, e que o projeto de extensão colaborou de modo significativo para a saúde bucal das crianças cardiopatas do ambulatório de pediatria do HCU/UFU.

Palavras-chave: Paciente cardiopata; saúde bucal; classificação de risco.

Abstract

The dental treatment of patients with cardiovascular impairment is a subject much discussed in the literature, because it implies some modifications in order to decrease the risk of cardiac events during dental procedures, as well as the occurrence of transient fast progressing bacteremia may present, however, is of the utmost importance that a caution is reserved for such patients. In this sense, the extension project carried out in the clinic of Paediatrics Hospital of clinics of the UFU search meet preventively interventional cardiology patients and. The objective of the project was to develop prevention and promotion activities on oral health for patients and parents and chaperones. The methodology used for the project was the realization of educational activities with children, searching for playful, teach about the importance of oral hygiene habits. The risk of tooth decay and dental care of children in need. It was concluded that

the care of patients with heart disease is very important and requires a careful, and that the extension project collaborated significantly to the oral health of children with heart disease of pediatrics out patient clinic of the HCU/UFU.

Keywords: Patient cardiac patients; oral health; risk classification.

Introdução

Entre as más formações congênitas conhecidas, as relacionadas ao coração se apresentam como as mais prevalentes, sendo também as maiores causadoras de mortalidade no 1º ano de vida¹.

Quando considerada a manutenção da vida, em medicina sempre são lembradas as anomalias do coração mais complexas, que são um conjunto de malformações associadas, e que podem ser mortais. As cardiopatias complexas mais comuns em crianças são: Tetralogia de Fallot (TF), Comunicação inter-ventricular (CIV), Comunicação inter-atrial (CIA), Persistência do Canal Arterial (PCA) e Estenose Pulmonar (EP)².

As crianças apresentam uma diversidade de cardiopatias maior que os adultos. Enquanto que a faixa etária mais avançada normalmente é acometida pela coronariopatia, as crianças e adolescentes apresentam um número muito maior de complicações relacionadas ao coração¹.

Estudos mostram que entre as crianças e adolescentes, as cardiopatias congênitas são quase 96% dos casos, enquanto que as adquiridas apresentam apenas 4%. Normalmente essas últimas aparecem após o nascimento, nos primeiros meses, destacando a febre reumática como principal doença cardíaca dos países considerados em desenvolvimento. As cardiopatias congênitas apresentam-se por malformações anatômicas, e funcionais por consequência, já presentes na criança ao nascimento, e que podem ser decorrentes de problemas genéticos e ambientais¹.

Tais pacientes apresentam dificuldades nutricionais, funcionais e de desenvolvimento e, portanto, necessitam de um tratamento integral, a fim de reestabelecer suas funções e encontrar-se apto ao tratamento, e possível recuperação.

O Ambulatório de Pediatria do Hospital de Clínicas UFU atende crianças portadoras de Cardiopatia congênita. O Projeto AMIGOS DO CORAÇÃO visa o acolhimento dessas crianças quando essa vem ao HCU/UFU para consulta ambulatorial. Propõe desenvolver suas atividades no Espaço da Criança do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, através do Setor de Humanização, envolvendo a elaboração e a aplicação de atividades lúdicas. A Faculdade de Odontologia, por meio da Unidade de Odontologia Preventiva e Social, desenvolve juntamente com o projeto Amigos do Coração, atividades relacionadas a atenção básica em saúde, realizando a classificação de risco em cárie dos pacientes desse ambulatório

de pediatria e encaminhando aquelas consideradas risco 3 para o atendimento nas clínicas de odontologia, pertencentes ao Estágio Supervisionado 5.

Embora o termo utilizado seja de classificação de risco de cárie, a terminologia torna-se inadequada, visto que é analisado apenas a atividade de cárie no momento do exame, excluindo os diversos outros fatores que devem ser analisados quando se quer chegar a real probabilidade de ocorrência da cárie, como por exemplo fatores sociais, econômicos, comportamental e microbiológico^{5,7}.

Visto a necessidade de promover uma odontologia com eficiência para os ditos “pacientes especiais”, eliminando os riscos de bacteremias transitórias e realizando intervenções odontológicas eficientes quando necessário, o projeto Educação em saúde bucal para crianças cardiopatas do ambulatório de pediatria do HCU/UFU foi criado, e desenvolveu ao longo do ano de 2016, a classificação de risco para a organização da demanda pelo atendimento, e assim, realizou o encaminhamento e atendimento desses pacientes na clínica odontológica do Estágio Supervisionado 5 do curso de graduação em Odontologia.

O paciente com necessidades especiais, ou seja, com alguma deficiência física, mental, cognitiva ou emocional, ou outras condições que indiquem a necessidade de acompanhamento médico ou serviços especializados e apresentam limitações nas atividades relacionadas aos cuidados pessoais e diários⁷, recebem um tratamento odontológico diferenciado, no sentido de abordagem e cuidado com a situação médica que apresentam, e sendo assim, muitas vezes encontram dificuldade em conseguir tratamento odontológico de qualidade, visto que muitos profissionais não se sentem seguros em realizar técnicas que possam apresentar risco para a saúde do paciente, ou interferir no seu tratamento médico.

O presente trabalho visa descrever as atividades realizadas pelo projeto de extensão “Educação em saúde bucal para crianças cardiopatas do ambulatório de pediatria do HCU/UFU”, no ano de 2016, retratando a relevância de se realizar a intervenção odontológica nesses pacientes, no sentido de promover o cuidado integral e humanizado, por meio da união de todas as áreas da saúde.

Material e método

O projeto em questão inseriu acadêmicos da FAMED - Faculdades de Medicina e Enfermagem, FOUFU- Faculdade de Odontologia, estudantes da ESTES – Escola Técnica de Saúde do curso técnico de enfermagem e discentes dos diversos cursos de graduação da UFU para desenvolver as atividades do Projeto Amigos do Coração com as crianças promovendo a integração e a descontração no tempo de espera.

Procurou promover a saúde e prevenir doenças através de palestras e vídeos educativos para as crianças e seus acompanhantes; Organizar e apresentar palestras educativas como de higienização bucal para as crianças e seus acompanhantes com profissionais qualificados da Odontologia e UTI Pediátrica e disponibilizar atendimento odontológico a crianças portadoras de necessidades especiais usuárias do ambulatório de pediatria do HCU/UF realizando higiene oral supervisionada e controle da placa em pacientes pediátricos do HCU/UFU;

Durante o período de atendimento das crianças foi servido almoço oferecido pelo hospital, nos dias de maior demanda por atendimento (segundas e terças-feiras) e diariamente suco de frutas, pães, café da manhã e café da tarde aos pacientes da cardiologia infantil do ambulatório do HCU/UFU.

Foram realizadas palestras, vídeos educativos, trabalhos lúdico/pedagógicos e trabalhos manuais com as mães permitindo uma maior interação entre elas promovendo conforto mútuo e convívio social e minimizando a impessoalidade do ambiente hospitalar, resgatando a dignidade e estimulando a troca de experiências;

Procurou ampliar os mecanismos de comunicação e informação levando à otimização dos serviços e acesso aos usuários;

Foram comemoradas datas significativas tais como Páscoa, dia das mães, dia as crianças, dia do Índio, dia da árvore, festa junina, Natal, entre outras junto às crianças que aguardavam atendimento e acompanhantes. Pode-se salientar o aspecto festivo do evento com apresentação de shows, performances com bonecos e personagens, e distribuição de presentes e alimentos recomendados pelos nutricionistas;

Foram oferecidos livros infantis, revistas, gibis, palavras cruzadas e passatempo, brinquedos para as diversas faixas etárias como chocalhos, móveis, argolas para puxar, brinquedos de borracha e caixinhas de música bolas pequenas, blocos de madeira ou plástico para encaixar e empilhar bolas, jogos de encaixe (cubos), brinquedos para puxar e empurrar, livros resistentes de ilustrações, tinta para tecido de cores variadas que ajudem a entreter e distrair pacientes e seus acompanhantes.

Disponibilidade as segundas-feiras e terças-feiras, de alunos de graduação do Curso de Odontologia para realização de atividades voltadas para a educação em saúde, e outras atividades já citadas, foram realizadas escovações supervisionada, entrega de Kit Social Dr. Dentuço, cedidos pela Colgate, contendo uma escova de dente infantil, um sabonete Protex antibacteriano, uma pasta de dente Colgate Tripla Ação 50g e um folheto informativo Colgate.

A realização do exame clínico para classificação de risco só aconteceu após os pais ou os responsáveis legais terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permitindo o exame e então o preenchimento da ficha de classificação em risco 1, 2 e 3 de cárie.

Foram realizados encaminhamentos e auxílio no atendimento de crianças classificadas em risco 3 de cárie para a clínica do Estágio Supervisionado 5, para tratamento odontológico interventivo e reabilitador, devolvendo o paciente livre de cárie.

De um total de 282 pacientes frequentes do ambulatório de cardiologia, foram classificados 135 no risco de cárie, onde desses, um total de 49 foram classificados em risco 1, 54 classificados em risco 2 e 32 classificados em risco 3.

Estatisticamente os números obtidos na classificação de risco, se analisada a porcentagem, geram um total de 36% de crianças classificadas em risco 1, 40% de crianças classificadas em risco 2 e 24% classificadas em risco 3. Nesse sentido tem-se que 64% das crianças do ambulatório possuem alguma anormalidade relacionada aos dentes, um número preocupante para a saúde.

Revisão da literatura

Os pacientes portadores de cardiopatias congênitas, assim como demais pacientes, necessitam passar por uma minuciosa anamnese, a fim de que possam relatar sua história médica e odontológica ao profissional, de modo a serem tomadas todas as medidas necessárias para o bom andamento do tratamento¹.

As informações geradas na anamnese também são primordiais para que se estabeleça o risco cardíaco do paciente, medido em mínimo, moderado ou elevado. O dentista irá planejar as consultas odontológicas baseadas nesse risco, podendo lançar mão de artifícios e manejos que minimizem os riscos de ataque ou infecção^{1,2}.

Existem alguns comprometimentos cardiovasculares que são mais comuns de serem vistos no consultório odontológicos, visto que a prevalência de tais doenças é

maior, como a cardiopatia isquêmica, a angina de peito, a insuficiência cardíaca congestiva, a arritmia e a bradicardia. Nas crianças ver-se-á a Tetralogia de Fallot (TF), Comunicação inter-ventricular (CIV), Comunicação inter-atrial (CIA), Persistência do Canal Arterial (PCA) e Estenose Pulmonar (EP)².

A cardiopatia isquêmica apresenta-se como uma diminuição do lúmen dos vasos sanguíneos, onde na maioria das vezes é causada pelo acúmulo de tecido adiposo nas paredes das artérias, ou em menor escala, por fatores genéticos, como o tromboembolismo e espasmos musculares. Quando apresenta sintomas causa a angina de peito, ou quando não manifestada sintomas, pode ser percebida quando do aumento de volume do coração, comprometendo sua função¹⁶.

A angina de peito é a famosa “dor no peito”, comum de um grande número de pessoas e pode ser explicada como uma variante da cardiopatia isquêmica sintomática, advinda da obstrução de uma ou mais artérias. A angina é comumente desencadeada pelo estresse emocional e pelo esforço físico, com duração aproximada de 5 minutos na angina estável¹⁴.

A insuficiência cardíaca congestiva é a incapacidade do coração de fornecer oxigênio para as demais regiões do organismo, e são avaliados de acordo com outros fatores associados, como a hipertensão arterial, a arritmia e infartos do miocárdio¹⁶.

Já a arritmia cardíaca é o descompasso do ritmo cardíaco normal, de origem atrial ou ventricular (arritmia atrial e ventricular). Podem ser sintomáticas ou não, e exacerbadas por outras desordens de origem cardiovascular¹⁷.

A arritmia é uma das principais disfunções cardíacas que implicam diretamente no tratamento odontológico, visto que o estresse e a ansiedade, tão comuns em visitas ao dentista, são fatores exacerbadores da angina. Desse modo o profissional da odontologia deve programar os horários e o tempo das consultas para que o paciente fique o menor tempo possível dentro do consultório¹⁶.

A duração e também a intensidade das manifestações de tais desordens é que determinam se a disfunção será transitória ou permanente, bem como se será fatal. Por exemplo, uma arritmia pode se prolongar e gerar uma parada cardíaca, levando o paciente à óbito por morte súbita. O estreitamento de uma artéria pode chegar a oclusão, provocando infarto do miocárdio, podendo levar à morte ou deixar sequelas¹⁷.

A endocardite bacteriana é uma infecção severa que ocorre nos tecidos endoteliais, vindas das mais variadas condições clínicas do paciente, como febres reumáticas, lesões valvares e uso de próteses nas válvulas. E os procedimentos

odontológicos é, nesse sentido, uma das principais causas das bacteremias transitórias, onde as bactérias presentes na corrente sanguínea conseguem povoar as válvulas com defeito ou anormais, ou até mesmo o endotélio, provocando endocardite bacteriana¹⁵.

Essas bacteremias advindas da cavidade bucal tem sido citada principalmente com relação à extensão do traumatismo aos tecidos durante os procedimentos e também do tamanho da inflamação local. Tais procedimentos estes, que vão desde o trauma provocado pela escovação, e que leva microrganismos da superfície dos dentes e gengiva para a corrente sanguínea, como em exodontias, gengivectomias, profilaxias profissionais e raspagem gengival¹².

Nesse contexto, entra a necessidade de realização de profilaxia antibiótica antes de quaisquer procedimentos que provoquem sangramento em pacientes que sejam susceptíveis a endocardite bacteriana¹⁵.

Ao se tratar um paciente com comprometimento cardiovascular, o profissional da odontologia deve estar ciente de que será um tratamento em conjunto com o seu médico, que esse deverá detalhar a história da doença de seu paciente, bem como dar as orientações para um melhor tratamento, livre de riscos ou com risco reduzido¹⁶.

O dentista por sua vez, inicia com uma detalhada anamnese, a fim de colher o máximo de informações pertinentes, para que possa montar um plano de tratamento eficaz e seguro para o paciente cardíaco. Algumas manobras são primordiais ao se atender essa categoria de pacientes, e outras deverão ser adicionadas após o parecer médico com as indicações².

Na anamnese o dentista avalia a situação atual do paciente, seus últimos episódios da doença, para que consiga imaginar possíveis problemas futuros. É essencial que essa conversa na primeira consulta seja franca e esclarecedora, bem como, corretamente documentada. O cirurgião dentista deve se ater para cada detalhe, para que possa planejar um tratamento tranquilo e seguro para ambos^{1,2}.

O uso da profilaxia antibiótica vai ser indicado para pacientes de moderado a severo grau de risco, ou quando indicado pelo médico por meio do parecer para tratamento. Os médicos cardiologistas possuem um quadro geral de seus pacientes e são capazes de indicar a melhor forma de se evitar eventos cardiovasculares. O uso de antibióticos 1 hora antes dos procedimentos invasivos foi demonstrado por meio de pesquisas e estudos como sendo a forma mais prática e tão eficaz capaz de combater bacteremias transitórias^{13,14}.

Alguns medicamentos são utilizados então, com antecedência aos procedimentos que possam ter possibilidade de sangramento, como é o caso da amoxicilina, administrada via oral em 2g para pacientes adultos e 50mk/kg para as crianças, ambos 1 hora antes do procedimento odontológico. Para os pacientes alérgicos à penicilina são administrados clindamicina, azitromicina e cefaloxina, cada um obedecendo posologia própria, também via oral. Ainda há a clindamicina intravenoso ou cefazolin intramuscular para os pacientes incapazes de tomar medicamento pela via oral¹⁴.

Entretanto, estudos de caso-controle mostram que o uso frequente de tais medicamentos para procedimentos odontológicos apresenta riscos maiores de causarem efeitos adversos, do que de prevenir a endocardite bacteriana. Mais um motivo que leva o profissional da odontologia a realizar um bom plano de tratamento, de modo a dividir os procedimentos com risco de sangramento no menor número possível de consultas¹⁵.

Existem alguns processos litigiosos contra cirurgião dentista, onde pacientes cardiopatas apresentaram endocardite bacteriana após procedimentos odontológicos, que evidenciam que esses eventos ocorreram em sua maioria após exodontias, raspagens gengivais e tratamento de canais radiculares com sobreinstrumentação. Um dado importante ao analisar tais processos, é que na quase totalidade, a profilaxia antibiótica não foi realizada, ou foi feita de maneira incorreta, com antibióticos incorretos, e por tempo inadequado¹⁴.

Diante desse fato, é primordial discutir a importância do conhecimento necessário para o atendimento de pacientes cardiopatas, do uso correto e adequado da profilaxia antibiótica, e também que cada procedimento e orientação para o paciente seja registrado e assinado na ficha clínica do paciente. Eventos de endocardite podem ser evitados, porém em casos onde a predisposição do paciente seja maior que a capacidade da profilaxia antibiótica de conter a endocardite bacteriana, o profissional deve estar resguardado de toda a documentação que garanta a sua idoneidade e profissionalismo¹⁵.

Alguns pacientes, entretanto, não necessitarão da profilaxia antibiótica, por apresentarem risco mínimo de endocardite bacteriana, e serão liberados pelo médico também pelo parecer médico para tratamento odontológico. Esses pacientes são os que apresentam sopros leves a moderados, defeitos de septo atrial sem complicações e aqueles derivados de cirurgias das artérias coronarianas. O risco de tais pacientes

contraírem uma endocardite bacteriana é o mesmo de pacientes sem comprometimento cardiovascular¹².

Para o planejamento do atendimento, o dentista precisará avaliar o risco do paciente de desenvolver eventos cardíacos, e planejar as consultas de maneira a beneficiar o paciente, distribuindo as consultas em horários propícios, de curta duração e com o mínimo de estresse possível. O bom gerenciamento emocional também influencia no estado do paciente, deixando-o mais relaxado e seguro¹³.

Outro fator de modificação no atendimento é a restrição ao uso de anestésico para determinados pacientes cardíacos. Aqueles que apresentam risco severo podem ser impedidos pelo médico de utilizarem anestésicos com vasoconstrictores, a fim de evitar taquicardias e até mesmo paradas cardíacas. Porém o uso de anestésicos não é contraindicado, deve-se ater para o fato de que apenas quando solicitado pelo médico, é que o paciente apresentará restrição à esse tipo específico de anestésico^{12,13}.

Embora atrapalhe um tanto no procedimento odontológico, por diminui o tempo de duração do fármaco, reduzindo sua vida útil, pois há uma rápida fuga dos componentes do anestésico para a corrente sanguínea, ainda aumenta a toxicidade sistêmica¹⁶.

A questão da restrição aos anestésicos com vasoconstrictor ainda é uma temática bastante discutida entre médicos e dentistas, pois nos procedimentos que necessitam de anestésico, se esse não surte efeito durante todo o procedimento, o estresse provocado pela dor é muito capaz de provocar uma angina de peito ou até mesmo um infarto do miocárdio¹⁵.

Então, o preparo adequado, advindo de uma boa anamnese e de um planejamento minucioso por parte do odontólogo e do médico, possibilitarão um tratamento eficaz e seguro para todos os envolvidos. Cabe ressaltar que apenas serão submetidos a tratamentos odontológicos mais invasivos aqueles pacientes que realmente necessitarem, e para que não seja necessário realizar tais intervenções, algumas medidas podem ser realizadas para que os pacientes recebam orientações prévias, no intuito de prevenção de doenças da cavidade bucal¹⁴.

Programas de saúde bucal, voltadas para a educação e prevenção tem ganhado muita popularidade, e os estudos apontam que os resultados têm sido favoráveis, descritos na diminuição do número de cáries e outros achados bucais. Uma ferramenta que auxilia muito no planejamento das ações sociais voltadas para a odontologia é a classificação do risco de cárie, a fim de planejar melhor as futuras ações⁹.

A classificação de risco é um método que tem ganhado muita popularidade na área da saúde, principalmente nos ambulatórios e pronto-socorro, a fim de descobrir os casos de urgência e emergência, e dessa forma é possível organizar melhor os pacientes e os atendimentos³.

É nesse sentido que a classificação de risco é utilizada para reorganizar o atendimento odontológico às pessoas na atenção primária a saúde, onde os classificados com o maior risco, são organizados em ordem de prioridade para os atendimentos nas clínicas odontológicas. São considerados potencial de risco, agravos à saúde bucal e o grau de sofrimento⁴.

A classificação de risco pode ser dinâmica e assumir a quantidade de riscos e de características distintos, de região para região, a depender da demanda local. Dessa forma, em determinadas regiões podem haver apenas os três principais códigos, para classificar crianças e adolescentes, ou até mesmo seis códigos, para contemplar ainda jovens e adultos^{4,6}.

Mesmo em grandes cidades, como é o caso de São Paulo, as secretarias de saúde utilizam a classificação de risco para rastrear a doença cárie, e os programas de senso em saúde bucal realizados de tempos em tempos, utilizam também desses dados para mostrar a real situação da saúde bucal no país³.

A classificação de risco é uma ferramenta que propõe a classificação do indivíduo de acordo com a sua condição de saúde bucal, quando vista clinicamente. Recebe os códigos de Risco 1 (R1), Risco 2 (R2), Risco 3 (R3), onde o menor é o que possui menos urgência para o tratamento, e o maior é o que necessita de mais urgência para o tratamento^{3,5,6,7}.

Embora não haja uma padronização para a classificação pelos códigos utilizados, Sartori⁹ (2004) referencia o risco 1 como sendo o indivíduo que não apresenta a doença cárie, e não mostra indícios de risco, ou seja, não há presença do biofilme dentário predisponente a colonização bacteriana. Já o risco 2 relata a presença do biofilme dentário, predisposição a doença cárie, e em casos específicos, a presença da mancha inativa. O risco 3 apresenta a cárie já instalada, desde a mancha já ativa, até as lesões cavitadas. Esses últimos são os pacientes em estado de urgência, que no serviço público de saúde, serão tidos como prioridade para o tratamento.

Pelo fato de não haver essa padronização nos critérios de definição de cada risco, muitas vezes o profissional da saúde fica em dúvida no momento de avaliar o

paciente, e para tentar contornar essa situação cada região procura definir entre suas unidades de saúde, qual modelo de classificação de risco deve seguir¹⁰.

Alguns autores discutem que o termo utilizado não é condizente com o que é proposto para a classificação, pois é avaliado apenas a presença ou não de cárie no momento do exame, ou no máximo a predisposição de seu desenvolvimento pela presença da placa bacteriana. Todavia, utilizar a palavra risco abrange muito mais a discussão, pois passaria a envolver outros fatores que podem ser considerados como risco de cárie, como por exemplo os fatores sociais e econômicos¹¹.

Dessa forma, a classificação de risco de cárie serve mais para organizar a demanda por tratamento na rede pública de saúde, do que para efetivamente fazer um levantamento da probabilidade de o indivíduo desenvolver cárie. Assim, um termo mais adequado para retratar a situação atual de cárie no momento do exame, seria a classificação do “perfil” de cárie dentária, uma vez que é isso que é analisado no exame clínico de classificação de risco⁵.

Para as atividades de classificação de risco de cárie dentária no projeto de extensão com as crianças cardiopatas do ambulatório de pediatria do HCU/UFU, os alunos utilizaram a padronização de Riscos 1, 2 e 3 de cárie dentária, segundo orientações do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da UFU.

A saber, da classificação de risco de cárie dentária utilizado⁶:

Risco 1 – Crianças com ausência de cárie dentária, livres da presença da placa bacteriana. Apresentam boa higienização.

Risco 2 – Ausência de atividade de cárie, mas podem apresentar a mancha branca inativa, característico do estacionamento da lesão de cárie. Apresentam presença de placa bacteriana e higienização bucal deficiente.

Risco 3 – Presença de lesão de cárie, seja a mancha ativa ou a lesão já cavitada. Há a presença da placa bacteriana e higienização deficiente.

Resultados e discussão

O projeto Educação em saúde bucal para crianças cardiopatas do ambulatório de pediatria do Hospital de Clínicas da UFU, vinculado ao programa PEIC 2016 sob número de aprovação 13559, teve suas atividades iniciadas em 01 de março de 2016 e término em 31 de dezembro de 2016, com uma carga horária total de 800 horas.

O projeto de extensão aconteceu principalmente no Espaço da Criança, um setor da Câmara de Humanização do HCU/UFU destinado a atividades dos projetos desenvolvidos com os pacientes dos ambulatórios de pediatria. Nesse espaço foram realizados a maior parte das ações do projeto, envolvendo os alunos do curso de odontologia, professores do curso, equipe do Setor de Humanização e voluntários convidados a desenvolverem atividades específicas.

Nas manhãs de segunda-feira e terça-feira, eram realizadas atividades educativas, com caráter lúdico, a fim de incitar nas crianças e nos pais, a importância de se manter um corpo limpo e higienizado, para a manutenção da saúde.

Foram abordados diversos temas, como a necessidade de banho todos os dias⁹, e quantas vezes ao dia forem possíveis, o impacto na saúde bucal, de uma escovação correta, rotineira e com o uso de uma escova de dentes individual. Ressaltou-se também a importância do uso do fio dental, com demonstração prática de uma técnica eficiente.

Logo no primeiro mês já se iniciou a realização dos exames clínicos com as crianças, onde o aluno envolvido no projeto, devidamente equipado, convidou cada pai ou responsável presente a permitir que sua criança fosse triada, e classificada quanto ao risco de cárie.

FIGURA 1

Para cada um desses riscos, decidiu-se por realizar a intervenção mais adequada, e as crianças e familiares foram instruídas sobre a sua classificação e quais seriam os procedimentos a serem realizados.

Risco 1 – Não foi indicada intervenção clínica, apenas reforço das técnicas de higienização e convite a continuar participando das atividades de educação em saúde desenvolvidas pelo projeto de extensão.

Risco 2 – Explicação para os pais do risco eminente de cárie dentária, e da urgência em intervir na higienização da criança, a fim de evitar que a doença cárie se instale. Reforço das técnicas de escovação e fio dental, além de continuar com a educação em saúde.

Risco 3 – Encaminhamento para clínica de odontologia do Estágio Supervisionado 5, para início do tratamento. Reforço das técnicas de higienização bucal e necessidade de continuar a educação em saúde.

Após assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a criança era posicionada em uma cadeira, à altura do aluno, sob luz natural, para que sua cavidade oral pudesse ser examinada com o auxílio de uma espátula de madeira⁵.

Ao exame eram analisados presença de lesão nos tecidos moles, como bochecha, língua e palatos, presença de doença gengival, além das desordens nos tecidos dentais, como a presença de biofilme dentário, mancha branca inativa, mancha branca ativa, lesão de cárie, cavitação, entre outros achados^{5,7}.

Os pacientes classificados em risco 3, com a doença cárie já instalada, foram convidadas pelo aluno, a iniciarem o tratamento odontológico na clínica do Estágio Supervisionado 5, pelos alunos da graduação participantes do projeto, e pelos residentes do programa de pacientes especiais.

TABELA 1

Segundo a tabela, foram classificados um total de 135 crianças do ambulatório de pediatria, onde todos são portadores de alguma cardiopatia, seja congênita ou adquirida. A tabela mostra a quantidade de exames realizados por dia, separados por risco, de modo que a faixa etária de cada risco também pudesse ser comparada com a literatura⁶.

Deu-se início ao tratamento odontológico dessas crianças, de acordo com a ordem de prioridade estipulada pelos próprios alunos que realizaram o exame. Alguns critérios utilizados foram a presença de dor, grau de urgência de realização da cirurgia cardíaca, comprometimento de funções como a fala e a mastigação e disponibilidade de comparecimento nas consultas^{7,9}.

As crianças classificadas para o atendimento odontológico foram instruídas a adquirirem o parecer médico para a primeira consulta. Em alguns casos, os próprios alunos do projeto se encarregavam de providenciar os pareceres médico⁸ das crianças em estado de urgência, para que na primeira consulta já pudesse acontecer alguma intervenção.

Embora muitos empecilhos tenham sido encontrados ao longo do tratamento, alguns fatores tiveram que ser reavaliados, até se chegar ao número de pacientes que efetivamente puderam ser reabilitados na clínica odontológica. Dentre eles estava a dificuldade em comparecer as consultas, devido a instalação em outras cidades da região e a dependência do transporte público para a viagem. Alguns pais ainda relataram que a criança já se encontrava em tratamento odontológico em suas cidades, ou na própria clínica de pediatria da Faculdade de Odontologia da UFU.

TABELA 2

A tabela mostra o detalhamento das consultas odontológicas realizadas com os pacientes classificados em risco 3 de cárie dentária, onde de um total de 32 crianças, como mostra na Tabela 1, foram atendidos um total de 19 pacientes, visto que todos os 32 foram selecionados e chamados para a consulta, mas apenas 19 de fato compareceram.

Alguns dos motivos pela recusa ao tratamento foi o fato de residirem em outros municípios e encontrarem dificuldades de comparecimento ao Hospital Odontológico para as consultas. Outras crianças selecionadas relataram já estar inseridos em um tratamento odontológico.

Todos os pacientes passaram pela primeira consulta constando de uma anamnese, um exame clínico, planejamento e pedido de parecer médico, e só assim a partir da segunda consulta, os procedimentos considerados invasivos puderam ser realizados. A maior parte dos casos com indicação médica de profilaxia antibiótica com uso de amoxicilina pré-definida, e algumas restrições ao uso de anestésicos odontológicos (presença ou ausência de vasoconstrictor).

As consultas foram realizadas pela equipe de dentistas da Residência Multiprofissional para pacientes especiais, e com o auxílio dos alunos da graduação envolvidos com o projeto.

Os atendimentos que não foram finalizados em 2016 continuaram em 2017 e o projeto, reativado no ano seguinte, novamente aprovado pela Pró reitoria de extensão, deu continuidade às atividades, seguindo o mesmo padrão de organização e de eficiência.

Os resultados finais foram apresentados à equipe da Câmara de Humanização do HCU/UFU e aos médicos cardiologistas responsáveis pelo ambulatório de pediatria, onde foram expostas todas as atividades desenvolvidas pelos alunos e também pelos dentistas residentes.

Conclusão

As atividades desenvolvidas pelo projeto no ano de 2016 foram todas no sentido de promover a prevenção por meio da educação em saúde, aos pacientes cardiopatas no ambulatório de pediatria, mas com o intuito maior de realizar um atendimento humanizado desses pacientes, que uma vez inseridos no sistema público de saúde do

Brasil, possuem o direito da integralidade, e a atenção para sua saúde em todas as áreas deve ser garantida.

Muitos pacientes puderam experimentar a sensação de serem reabilitados na odontologia, e voltarem para o ambulatório de cardiologia livres de grandes riscos de bacteremias, mas esse ainda é apenas o primeiro passo, de uma luta que deve ser contínua e responsável.

Acredita-se que os pais e as crianças receberam várias informações sobre saúde bucal, porém ainda existe um longo caminho a ser percorrido para se ter uma população consciente e empenhada em cuidar da própria saúde, e da saúde bucal dos filhos.

No que tange aos objetivos propostos pelo presente projeto, pode-se concluir que foi possível atingir, em uma escala considerável, atenção em saúde a todas as crianças do ambulatório, e tratamento odontológico para os mais indicados.

A cárie, mesmo tendo diminuído a ocorrência nos últimos anos, ainda é a maior causa de morbidade em saúde bucal, e todo o cuidado possível deve ser tomado para que essa realidade mude cada vez mais.

Embora a população da atualidade se beneficie com mais programas de saúde, como na atenção primária à saúde, o número de adolescentes e adultos que ainda procuram o tratamento odontológico por dores nos dentes ainda é muito grande, o que evidencia a carência no cuidado e preservação da cavidade bucal.

Os programas sociais que são desenvolvidos para promoção de educação em saúde para as crianças, muito possivelmente proporcionarão resultados benéficos no futuro, onde teremos uma população jovem e adulta menos comprometida pela cárie. Mas enquanto isso, vê-se uma necessidade grande em tratar a parcela da população que já foi comprometida pela doença.

Uma vez que o governo federal e os estados têm incentivado os programas de extensão às universidades, várias ações estão sendo possíveis, principalmente no sentido de prevenção, para que se diminua o número de tratamento. Acredita-se que a odontologia do futuro trabalhe para a prevenção, onde ainda mesmo que utopicamente, sonhe-se com uma erradicação dos problemas bucais, e se conheça uma odontologia menos intervencionista e mais preventiva.

Ainda que se fale tanto sobre programas de saúde na atenção básica, alguns casos ainda precisam ser considerados, como é o caso dos pacientes considerados especiais, por portarem alguma característica específica que foge da normalidade. São

pacientes que necessitam de um cuidado diferenciado, e que se mostram susceptíveis à doença cárie, e nesse sentido, todo o apoio dos profissionais da saúde deve ser garantido.

Referências Bibliográficas

- 1- VOLSCHAN, Bartira Cruxên Gonçalves. A importância da promoção de saúde bucal para a criança cardiopata. Rev. bras. odontol., Rio de Janeiro, v. 65, n. 1, p.85-89, jan./jun. 2008.
- 2- MIYAGUE e COLS. Cardiopatias congênitas na infância e adolescência. Análise de 4.538 casos. Arq Bras Cardiol, volume 80 (nº 3), 269-73, 2003.
- 3- KOBAYASHI, Henri Menezes; MIALHE, Fábio Luiz; POSSOBON, Rosana de Fátima. Proposta de padronização dos critérios de classificação de Risco de cárie dentária. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo, v. 25, n. 2, p. 107-14, maio-ago. 2013.
- 4- KOBAYASHI, Henri Menezes, Relação entre classificação de risco de cárie dentária e escala de risco familiar / Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, SP: [s.n.], 2012.
- 5- SILVA EA, Ferreira NP, Batista MJ, Torres LH, Meirelles MPMR, Grillo CM et al. Risco e experiência de cárie em escolares inseridos em Programas de Saúde Bucal. Rev Odontol UNESP, v. 41, nº 4, p. 260-266, 2012.
- 6- AYRES JRCM. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. Rev Bras Epidemiol. V. 5, nº 1, p. 28-42, 2001.
- 7- CARVALHO, VA; ESPINDULA, MG; VALENTINO, TA. Abordagens utilizadas na avaliação do risco de cárie. RFO, Passo Fundo, v. 16, n. 1, p. 105-109, jan./abr. 2011.
- 8- PINTO, LAMS; NORONHA, JC; WALTER, LRF. Risco e atividade de cárie.

- 9- SARTORI L. Rastreamento do câncer bucal: aplicações no Programa Saúde da Família [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
- 10- RONCALLI AG. Projeto SB Brasil 2010 - pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução da cárie dentária no país. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, p. 4-5, 2011.
- 11- LIMA, JMC; SILVA, ACB; FORTE, FDS. Risco e prevenção à cárie dentária: avaliação de um programa preventivo aplicado em uma clínica infantil. RGO, Porto Alegre, v. 56, n.4, p. 367-373, out./dez. 2008.
- 12- HERMAN WW, Konzelman JL. Angina: an update for dentistry. J Am Dent Assoc. 1996;127:98-104.
- 13- BERRY FA Jr, Yarbrough S, Yarbrough N, Russell CM, Carpenter MA, Hendley JO. Transient bacteremia during dental manipulation in children. Pediatrics. 1973 Mar;51(3):476-9.
- 14- FERREIRA MBC, Wannmacher L. Processos mórbidos e medicamentos que influem na prática odontológica. In: Wannmacher L, Ferreira MBC. Farmacologia clínica para dentistas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. p. 200-4.
- 15- EVERSOLE LR. Doenças cardiovasculares. In: Silverman Jr. S, Eversole LR, Truelove EL. Fundamentos de medicina oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. Cap. 3, p. 27-35.
- 16- SINGH J, Straznicky I, Avent M, Goss AN. Antibiotic prophylaxis for endocarditis: time to reconsider. Aust Dent J. 2005 Dec;50(4 Suppl 2):S60-8.
- 17- RHODUS NL, Little JW. Dental management of the patient with cardiac arrhythmias: an update. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2003 Dec;96(6):659-68.

ANEXOS

Figura 1 - Realização de exame clínico pelos alunos do projeto



Figura 2- Atividades lúdicas de educação em saúde



Figura 3 - Atividades lúdicas de educação em saúde



Figura 4 - Organização de atividades em datas comemorativas



Figura 5 - Distribuição de kits Colgate para as crianças do ambulatório de cardiologia



Figura 6 - Atividades lúdicas de educação em saúde



Figura 7 - Escovação supervisionada e instrução de escovação



Figura 8 - Escovação supervisionada e instrução de escovação



Figura 9 - Exame clínico para classificação de risco

* Urgência

 **SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL/MINISTÉRIO D EDUCAÇÃO**
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA ÁREA DE ODONTOLOGIA
PREVENTIVA E SOCIAL

 **FOUFU**

Av. Pará, 1720 – Bloco 2G – Campus Umuarama – 38.400-902 - Uberlândia, MG Fone/Fax: 3218.2344 -
ops@umuarama.ufu.br

FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Nome: Nathan Barbosa Mingos Gomes

Escola: (64) 9.966.40.79 (64) 9.966.2.797 Sala: _____

Idade: 2 meses e 9 dias Sexo: F () M (X) Data: 11 / 08 / 2014

Classificação de risco			Atividades		
Risco 1	Risco 2	Risco 3	Educação	HBS	ATF
		X			

Nº Continuação 1323072

Figura 10 - Ficha de classificação de risco


Universidade Federal de Uberlândia
Hospital de Clínicas de Uberlândia


Av. Pará, 1.720 - Campus Umuarama - 38405-320 - Uberlândia - MG
 Fone: (0xx34) 3218-2111

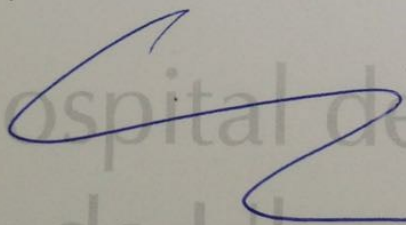
Receituário

Nome Nathan Barbosa Tizzo Gomes.

Endereço 1323072.

Relatório médico:

Paciente em pós-operatório de
 tetralogia de Fallot com bom
 resultados, necessita realizar Amoxi-
 cilina 60mg/kg sh antes de procedimen-
 to cirúrgico. Anestésico a critério.


 Alencio Fontes,

29/05/18
 Dra. Neide A. Faria
 CRM 34669

POLÍTICA DA QUALIDADE

Buscar com ética e dignidade o aperfeiçoamento contínuo do ensino, pesquisa e assistência à
 saúde visando a satisfação dos nossos usuários.

DIRGH 0098.3

Figura 11 - Parecer médico para tratamento odontológico

Data	Total de exames realizados	Classificação		
		Risco 1	Risco 2	Risco 3
14/03/2016	20	8	9	3
15/03/2016	5	1	0	4
22/03/2016	9	6	3	0
11/04/2016	12	8	3	1
25/04/2016	13	6	2	5
03/05/2016	11	4	3	4
09/05/2016	9	2	5	2
13/06/2016	13	3	7	3
20/06/2016	8	2	4	2
27/06/2016	11	5	5	1
29/08/2016	10	1	6	3
19/09/2016	14	3	7	4
Total	135	49	54	32

Tabela 1- Número de classificações de risco pelo total de exames realizados

Pacientes	M	F	Total	Pacientes (idade)	M	F	Total						
Quantidade	14	5	19	1 ano	1	0	1						
				2 anos	0	0	0						
Consultas				3 anos	2	0	2						
Primeira consulta	14	5	19	4 anos	3	0	3						
Retornos	22	12	34	5 anos	0	0	0						
Total de consultas	36	17	53	6 anos	0	0	0						
				7 anos	0	0	0						
Procedimentos				8 anos	0	1	1						
Exame clínico, anamnese e planejamento	14	5	19	9 anos	1	0	1			Oclusão			
Profilaxia	20	10	30	10 anos	0	0	0			Satisfatória	8	1	9
Selante (dentes)	11	9	20	11 anos	0	0	0			Insatisfatória	6	4	10
Restauração (resina composta)	12	6	18	12 anos	0	0	0						
Restauração (ionômero de vidro)	5	1	6	13 anos	0	0	0			Colaboração do pai			
Exodontia	0	0	0	14 anos	0	0	0			Sim	12	4	16
Radiografia (filmes usados)	2	1	3	15 anos	0	0	0			Não	2	1	3
Contenção física	8	0	8	16 anos	0	0	0						
Total de procedimentos	72	32	104	17 anos	0	0	0			Resistência ao tratamento			
				18 anos	0	0	0			Sim	3	1	4
Atividade de cárie				Total:	7	1	8			Não	11	4	15
Com cárie	12	3	15							Quantidade de altas	13	3	16
Sem cárie	2	2	4	Classificação de risco									
				0	0	0	0						
Dieta				1	0	0	0						
Cariogênica	14	5	19	2	2	2	4						
Não cariogênica	0	0	0	3	12	3	15						

Tabela 2 - Planilha de gerenciamento de atendimento odontológico das crianças do projeto

Normas de submissão ROBRAC

NORMAS GERAIS

Os manuscritos deverão ser submetidos eletronicamente pelo endereço www.robrac.org.br; seguindo os seguintes passos:

PASSO 1. INICIAR SUBMISSÃO

-Confirmação das condições de submissão.

-Ler e concordar com a declaração de direito autoral.

PASSO 2. METADADOS DA SUBMISSÃO (INDEXAÇÃO)

-Incluir todos os autores do artigo com respectivos dados pessoais.

-Na janela "Resumo da Biografia", incluir o resumo do currículo.

-O título deve ser preenchido de forma idêntica ao apresentado nos arquivos texto.

-O resumo deve estar estruturado: objetivo, material e método, resultados e conclusões. Deve conter o máximo de 250 palavras e ser em parágrafo único. Não deve incluir citações Bibliográficas.

PASSO 3. TRANSFERÊNCIA DO MANUSCRITO

- O **Documento de Submissão** se refere ao **Arquivo Texto** do artigo.

*Importante: O Documento de Submissão / Arquivo Texto não deve conter os nomes ou dados pessoais dos autores.

O arquivo texto deve conter as seguintes partes:

-Título

Em português e inglês, não devendo haver qualquer informação que possa identificar os autores.

-Resumo e *Abstract*

Conforme explicado no passo 2 - METADADOS DA SUBMISSÃO.

-Palavras-chave/ *Keywords*

Indicar um mínimo de 3 (três) e um máximo de 7 (sete) palavras logo após o resumo ou *abstract*. Identificam o conteúdo do artigo, e para determiná-las, consultar o "DECS - Descritores em Ciência da Saúde", disponível no endereço (<http://decs.bvs.br>).

-Texto

O texto deverá apresentar Introdução, Material e Método, Resultados, Discussão, Conclusões, Agradecimentos (quando houver) e Referências.

-Introdução

Devem ser citadas apenas as referências pertinentes, resumindo a proposta do estudo e estabelecendo a hipótese do trabalho.

-Material e Método

Devem ser relatados em detalhes, tornando o trabalho reproduzível e permitindo a confirmação dos resultados. Métodos publicados devem ser referenciados. Após a primeira menção dos produtos ou equipamentos, incluir cidade, estado e país de todos os fabricantes. Indicar métodos estatísticos utilizados.

-Resultados

Enfatizar somente as observações importantes. Valorizar apresentação dos resultados na forma de tabelas, gráficos e ilustrações. As tabelas devem ser colocadas após as referências bibliográficas;

*Importante: As figuras deverão ser submetidas como arquivos suplementares (não devem ser inseridas no corpo do arquivo texto);

-Discussão

-Destacar os aspectos importantes e inéditos do estudo e as conclusões resultantes. Relatar observações de outros estudos relevantes e implicações e limitações de seus achados. Não repetir em detalhes informações citadas na introdução ou resultados.

-Conclusões

-Definir, dentro do que foi proposto ao trabalho, os achados relevantes do estudo.

-Referências

As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto. Deverão seguir o Uniform requirements for manuscripts submitted to Biomedical Journals - Vancouver, JAMA, 1997;277:927-34. Disponível no site: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

As abreviaturas dos títulos dos periódicos citados deverão estar de acordo com Index Medicus/Base de Dados MEDLINE, sem negrito, itálico ou grifo. Referência a comunicação pessoal, trabalhos em andamento e submetidos a publicação não deverão constar da listagem de referências. Citar apenas as referências de relevância para o estudo.

Exemplos de referências

-Livros

Estrela C. Metodologia científica: ciência, ensino e pesquisa. São Paulo: Artes Médicas; 2005. 794 p.

-Capítulos de livros

Alencar Jr. FGP, Batista AUD, Oliva EA. Dores neuropáticas. In: Alencar Jr. FGP. Oclusão, dores orofaciais e cefaléia. São Paulo: Ed. Santos; 2005. p. 133-46.

-Monografia, dissertações E teses.

Rocha SS. Efeito da concentração do líquido especial e da temperatura do molde de revestimentos na desadaptação marginal de coroas fundidas em titânio [Tese de Doutorado]. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2005.

-Artigos de periódicos

Adabo GL, Zanarotti E, Fonseca RG, Cruz CAS. Effect of disinfectant agents on dimensional stability of elastomeric materials. J Prosthet Dent. 1999; 81 (5): 621-4.

-Volume com suplemento, número especial

Leles CR, Compagnoni MA, Souza RF. Study of complete denture movement related to mucosa displacement in edentulous patients. [abstract 848]. J Dent Res. 2002; 81(special issue): B-133.

-Trabalho em congresso ou similar

Pereira CM, Correa MEP, Costa FF, Souza CA, Almeida OP, Castro MLRB. Investigação do Herpes humano 6 em fluidos bucais de pacientes portadores de doença do enxerto contra o hospedeiro crônico. In: Anais do XII Congresso Brasileiro de Estomatologia; 2004 jul. 18-22; Cabo Frio (RJ). Rio de Janeiro: SOBE; 2004. p. 44.

OBS.: Publicações e/ou documentos com até seis autores, citam-se todos; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros seguidos da expressão "*et al.*"

-Citação no texto

Utilizar sistema numérico único para todo o documento, em algarismo arábico, na forma sobrescrita; números sequenciais - separar por hífen; números aleatórios - separar por vírgula; Citar nome do autor seguido do número de referência somente quando estritamente necessário. Caracteres de pontuação como "pontos" e "vírgulas" deverão ser colocados depois da citação numérica dos autores. No caso de dois autores, devem

ser separados por e. Mais de dois autores, indicar apenas o sobrenome do primeiro seguido de *et al.*

Exemplos:

De acordo com Rocha¹⁵ (2004), é prudente que se aguardem estudos longitudinais...

Para Fonseca e Cruz¹³ (2005) a escolha de um material...

Ferreira *et al.*²² (2003) destacaram que apesar do...

PASSO 4. TRANSFERÊNCIA DE DOCUMENTOS SUPLEMENTARES

São documentos suplementares:

- **Arquivo de identificação dos autores**, que deve conter: 1- título em português e inglês; 2- nomes completos dos autores, incluindo principal titulação e nome do departamento e da instituição aos quais são filiados; 3- endereço para correspondência, incluindo email, do autor responsável pelo artigo;

- **Figuras, gráficos, esquemas e demais ilustrações.**

PASSO 5. CONFIRMAÇÃO

CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista.
2. O preenchimento dos metadados de todos os autores do manuscrito foi realizado, assim como o preenchimento dos campos Título e Resumo (o resumo deverá ser estruturado: objetivo, material e método, resultados e conclusões).
3. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, fonte arial 11 e espaço 1,5. As tabelas estão inseridas ao final do texto, e as figuras como arquivos suplementares (formato .jpg, .tif ou .gif).
4. O arquivo de identificação dos autores está em documento separado do corpo do manuscrito, e será enviado como arquivo suplementar.